

Victória Beatriz de S. da Silva

**Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas
com Transtorno Depressivo Maior**

Marabá – PA

2025

Victória Beatriz de S. da Silva

**Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas
com Transtorno Depressivo Maior**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Psicologia do
Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas
da Universidade Federal do Sul e Sudeste
do Pará, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dr. Caio Maximino de
Oliveira

Marabá - PA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Centro de Biblioteca Universitária

S586c SILVA, VICTÓRIA

Concepções de Causalidade Biológica e Social da
Depressão em Pessoas Diagnosticadas com Transtorno
Depressivo Maior / VICTÓRIA SILVA. — 2025.

Orientador(a): CAIO MAXIMINO.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Campus de
Marabá, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas,
Faculdade de Ciencias da Saude e Biologicas, Curso de
Bacharelado em Psicologia, Marabá, 2025.

1. Transtorno depressivo maior.. 2. Causalidade.. 3.
Concepções.. I. MAXIMINO, CAIO, orient. II. Título.

CDD: 22. ed.: 159

Gerada automaticamente pelo módulo Ficha Fácil, conforme os dados
fornecidos pelos(as) autores(as).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ INSTITUTO DE
ESTUDOS EM SAÚDE E BIOLÓGICAS FACULDADE DE PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e seis dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e cinco, na sala 207 da Unidade III da Unifesspa, constituiu-se a Banca Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da discente **Victoria Beatriz de Souza da Silva**, intitulado “Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior”, composta pelo Prof. Dr. Caio Maximino de Oliveira, Docente Orientador de TCC, e os membros convidados Prof. Dr. Roberson Geovani Casarin e Profa. Dra. Monica Gomes Lima Maximino, sendo presidida pelo Docente Orientador de TCC. O exame teve início às 14:00, com a apresentação oral da discente, encerrando-se às 15:28. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido trabalho, com o conceito EXCELENTE.

Marabá/PA, 26 de fevereiro de 2024

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **CAIO MAXIMINO DE OLIVEIRA**
Data: 11/03/2025 18:12:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Caio Maximino de Oliveira – Professor Orientador

Documento assinado digitalmente
 **ROBERSON GEOVANI CASARIN**
Data: 27/02/2025 07:39:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Roberson Geovani Casarin

Documento assinado digitalmente
 **MONICA GOMES LIMA MAXIMINO**
Data: 27/02/2025 10:13:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Monica Gomes Lima Maximino

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS	12
2.1. Geral.....	12
2.2. Específicos.....	12
3. JUSTIFICATIVA	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1. Conceito de Transtorno Depressivo Maior.....	13
4.2. Fisiopatologia do TDM, medicalização e cerebralização.....	15
4.3. Saúde Mental e as Relações Psicossociais	18
5. HIPÓTESES DA PESQUISA.....	19
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
6.1. Instrumentos de coleta de dados	20
6.2. População e amostra.....	20
6.3. Critérios de inclusão e exclusão de participantes da pesquisa	20
6.4. Coleta de dados.....	20
6.5. Análise dos dados.....	21
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
7.1. Dados sociodemográficos.....	22
7.2. Influência fisiológica no TDM	23
7.3. Influência psicossocial no TDM	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICES	31
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	31
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico.....	33
APÊNDICE C - Roteiro da entrevista estruturada.....	34

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, pois sem Ele, nada seria possível. Foi Sua graça que me sustentou nos momentos mais difíceis e me deu forças para seguir em frente.

À minha mãezinha, Nossa Senhora de Nazaré, que desde os tempos de vestibulanda me amparou e intercedeu por mim. Sua presença foi minha fortaleza nos momentos de incerteza e cansaço.

Aos que vieram antes de mim, que lutaram para que hoje eu pudesse ocupar esse espaço. Sei que meu caminho foi pavimentado pelo esforço, resistência e sonhos daqueles que me precederam, e levo comigo o compromisso de honrar essa trajetória.

Aos meus pais, minha eterna gratidão. Eles não mediram esforços para que eu estivesse aqui, e tudo que conquistei foi porque tive o amor, o apoio e o incentivo incondicional deles.

À minha família, minha rede de apoio inabalável, que esteve ao meu lado em cada passo dessa caminhada. Sua presença, amor e incentivo foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos professores da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), que compartilharam seus conhecimentos com dedicação e me ajudaram a crescer pessoal e academicamente.

Aos meus colegas de turma, que tornaram essa jornada mais leve, com apoio, trocas de aprendizado e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, por toda a paciência, dedicação e ensinamentos que foram essenciais para a realização deste trabalho.

A todo o curso de Psicologia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), corpo docente e discente, a quem fico lisonjeada por dele fazer parte.

Aos meus colegas de classe, que tornaram essa trajetória mais leve por meio do apoio mútuo.

Aos participantes da pesquisa, sem sua disponibilidade a pesquisa não teria acontecido.

E, por fim, a mim. Porque sei o quanto lutei para chegar até aqui. Sei das noites em claro, das dúvidas, do medo, do cansaço. Sei das vezes em que pensei em desistir, sei do esforço, da disciplina e da coragem que precisei ter. Hoje, reconheço e celebro minha própria caminhada.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para essa conquista, meu mais sincero muito obrigado!

RESUMO

Há uma necessidade crescente de dar mais atenção à saúde mental no Brasil e no mundo, especialmente em relação ao Transtorno Depressivo Maior, caracterizado essencialmente por episódios de, pelo menos, duas semanas de duração, tendo como principal característica a presença de humor deprimido, perda de interesse ou prazer; devendo apresentar uma mudança no funcionamento anterior do sujeito. Ademais, atualmente, afeta cerca de mais de 300 milhões de pessoas e, no contexto pós- pandemia da Covid-19, teve um aumento de 25% globalmente. Contudo, as respostas têm se mostrado insuficientes ou inadequadas. Além disso, existem vínculos indissolúveis entre desigualdades econômicas, sociais e saúde pública; as quais representam ameaças globais à saúde mental. Desse modo, diante da escassa literatura sobre o tema, o presente estudo visou identificar as concepções de causalidade biológica e social que pessoas diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior possuem sobre sua condição, tanto da perspectiva fisiológica quanto psicossocial, a fim de alcançar uma compreensão mais ampla e aprofundada acerca do tema. Para isso, foi realizada uma pesquisa quantitativa, via *Google Forms*, com um formulário estruturado, visando identificar como se dá o processo de reelaboração pessoal do sujeito, de modo a obter uma visão mais completa e integradora do transtorno, para que se possa pensar saúde mental para além da individualidade e da internalização do sujeito, mas a partir de seu contexto, condições e coletividade.

Palavras-Chave: Transtorno depressivo maior. Causalidade. Concepções.

ABSTRACT

There is a growing need to pay more attention to mental health in Brazil and worldwide, especially concerning Major Depressive Disorder, which is essentially characterized by episodes lasting at least two weeks, with its main features being depressed mood, loss of interest or pleasure, and a noticeable change in the individual's previous functioning. Moreover, it currently affects more than 300 million people and, in the post-COVID-19 pandemic context, has seen a 25% global increase. However, responses have proven to be insufficient or inadequate. Additionally, there are indissoluble links between economic and social inequalities and public health, which pose global threats to mental health. Given the scarce literature on the subject, this study aimed to identify the conceptions of biological and social causality that individuals diagnosed with Major Depressive Disorder have about their condition, considering both physiological and biopsychosocial perspectives, to achieve a broader and deeper understanding of the topic. To this end, a qualitative study was conducted via Google Forms using a structured interview, aiming to identify how individuals personally reconstruct their experiences to develop a more comprehensive and integrative view of the disorder. This approach seeks to promote a perspective on mental health that goes beyond individuality and internalization, considering the individual's context, conditions, and collectivity.

Keywords: Major depressive disorder. Causality. Conception

1. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, por conta do significativo avanço do conhecimento científico, por também ser conhecida como “era do desempenho” e à condição social em que os sujeitos estão inseridos – que os limita e os faz sofrer – evidencia-se uma crescente necessidade de olhar com mais atenção para saúde mental no Brasil e no mundo. Nesse sentido, em 2022, a OMS (Organização Mundial da Saúde) publicou um relatório comunicando que as demandas por cuidado com a saúde mental são elevadas, mas as respostas têm sido insuficientes ou inadequadas. Além disso, conforme o mesmo relatório, a pandemia da Covid-19 provocou um aumento de 25% na prevalência global de ansiedade e depressão.

Outrossim, é de extrema importância ressaltar também que o relatório já mencionado, fala similarmente das desigualdades sociais e econômicas, das emergências em saúde pública, entre outros fatores que se configuram como ameaças estruturais globais à saúde mental. Com isso, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, discursa que: “os vínculos são indissolúveis entre saúde mental e saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico”. À vista disso, percebe-se então que a saúde mental está intrinsecamente ligada a demandas biopsicossociais, ou seja, transcende questões meramente fisiopatológicas e biomédicas, pois, dada nossa materialidade desigual, o sofrimento também não é homogêneo.

Corroborando com a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) estima-se que, em todo o mundo, o transtorno depressivo afeta cerca de mais de 300 milhões de pessoas, sendo as mulheres as mais afetadas; ademais, conforme o relatório de 2022 da OMS: na América Latina, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão, além de ser o segundo país com maior prevalência nas Américas, onde no último mapeamento realizado apontou que 5,8% da população brasileira sofre de depressão, o que é equivalente a 11,7 milhões de brasileiros. Nessa concepção, os dados do Ministério da Saúde (2022) dispõem de um estudo epidemiológico, no qual demonstra que no Brasil a predominância de depressão ao longo da vida está por volta de 15,5%.

Desse modo, a Lei 8.080/1990, em seu artigo 3º define que

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990)

Posto isso, percebe-se que há dificuldades no acesso a direitos garantidos por esse princípio constitucional, pois consoante ao enunciado do médico psiquiatra e presidente do conselho científico da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (Abrata), Volnei Costa (2023), argumenta que a alta carga tributária e a remuneração média baixa, sobrecarregam a população; que precisa trabalhar excessivamente para acessar serviços básicos de qualidade, porque esses não são oferecidos com qualidade pelo Estado e isso finda na sobrecarga da saúde mental, desencadeando transtornos mentais, como a depressão.

Para mais, o ambiente cultural molda a maneira como as pessoas percebem a saúde, a doença e até mesmo o funcionamento do corpo. Helman (2009) discute que cultura é um conjunto de princípios, explícitos ou implícitos, herdados pelos sujeitos membros de uma sociedade em particular; Helman também faz menção a Keesing, que compreende as culturas como: "sistemas de ideias compartilhadas; sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem.". Desse modo, é indubitável que a cultura influencia o modelo de vida contemporâneo, com isso, Andrade e Laginá de Andrade (2005, *apud* Souza *et al.*, 2015) falam que “o modo de vida atual possibilita a criação de ambientes estressantes, em razão da dificuldade de adaptação rápida e suficiente às tensões diárias; o que impacta diretamente o comportamento humano e sua forma de viver”.

Nesse contexto, com as demandas psicossociais existentes, Ferreira (2017) discute a medicalização da vida, referindo-se aos novos modelos de existência. Segundo ela, “nesse cenário, parecemos ver encarnadas, em uma medicação, o que Foucault (2005) chamou de tecnologias do biopoder, não mais instituições totais, mas medicamentos totais.” (*apud* Bicalho, Bohrer e Decotelli, 2013). Dessa maneira, a patologização do sujeito e sua medicalização provocam diferentes formas de subjetivação baseadas no modelo biomédico, no qual o foco recai sobre como o poder é exercido ao reduzir sujeitos com transtornos mentais a diagnósticos categóricos e biológicos, o que resulta na perda de autonomia e na medicalização de suas vidas.

Por outro prisma, Ortega e Vidal em seu livro “Somos o nosso cérebro? Neurociência, Subjetividade e Cultura” (2020), problematiza a questão da "cerebralização" do sofrimento psicológico. Eles abordam como esse processo é político que afeta a vida das pessoas, a formação de subjetividades e a distribuição de poder nas sociedades. Ortega e Vidal também citam Rose e Abi-Rached (2014), que discutem como o "modo neuro" determina intervenções nas vidas humanas e participa dos processos de subjetivação, o que reflete em uma forma de controle, onde um sistema de poder define como as pessoas devem viver, limitando assim as suas liberdades.

É importante destacar que diversos trabalhos discutem as múltiplas causas do Transtorno Depressivo Maior, mas, por norma, de forma isolada. Por exemplo, Diniz *et al.* (2020) que exploram a ação dos neurotransmissores envolvidos no TDM, em uma revisão bibliográfica focando em aspectos fisiopatológicos, enquanto Elias *et al.* (2015) discutem aspectos psicossociais da depressão relacionados ao gênero feminino. No entanto, poucos estudos buscam entender a percepção do sujeito adoecido. Portanto, é fundamental abordar essa temática, pois identificar o processo de reelaboração pessoal do sujeito é essencial para que se tenha uma visão mais completa e integradora do transtorno.

Em consideração a isso, a escassez na literatura sobre as concepções de causalidade biológica e social da depressão em pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior, limita a identificação de como elas vivenciam esse processo de adoecimento, quais os impactos na sua vida cotidiana, nas interações sociais e na forma como lidam com a própria identidade. Diante disso, pesquisas como a de Mancini *et al.* (2024) são importantíssimas para disponibilização de dados técnicos acerca dessas temáticas, pois vão para além do óbvio, criticando os critérios diagnósticos contemporâneos por sua visão restrita e por ignorar as experiências subjetivas, as quais são fundamentais para entender a condição, diagnóstico e etiologia do transtorno.

Assim, é possível identificar que a causa do transtorno depressivo é multifatorial, advindo da somatória de diversos fatores, sejam eles pré-disposição genética, mudanças neurobiológicas no cérebro, desequilíbrios hormonais ou advindos do ambiente em que o sujeito se encontra. Assim sendo, é necessário pensar saúde mental para além da individualidade e internalização do sujeito, tendo o sintoma como uma forma singular do mesmo; visto que este é construído a partir das condições de vida. Dessa forma o reducionismo biológico enfraquece a visão integral de saúde, quando desconsidera a pessoa em suas relações com a cultura, a família e a comunidade. Nesse sentido, é indubitável que o transtorno depressivo maior é uma demanda de saúde pública, visto que é possível identificar um significativo aumento no número de casos nos últimos anos.

2. OBJETIVOS

Geral

Fornecer uma visão mais abrangente e aprofundada acerca das concepções de causalidade biológica e social da depressão em pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior.

Específicos

Identificar a concepção biológica que as pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior têm sobre o mesmo;

Verificar quais as concepções sociais e se a cultura influencia como o sujeito manifesta e depreende sua condição.

3. JUSTIFICATIVA

A razão para o seguimento desse estudo surgiu do interesse em identificar as concepções biológicas e sociais de pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior (TDM), além de explorar as representações que elas têm de sua condição clínica e como aspectos sociais e culturais influenciam a experiência subjetiva do adoecimento.

Destarte, a escassez na literatura de estudos aprofundados sobre esse tema específico destaca a necessidade de uma pesquisa que explore as nuances dessa temática, o que torna necessária a investigação das percepções sobre vulnerabilidade biológica e social, medicação e tratamento, com o intuito de ampliar o entendimento acadêmico e do público geral interessados, para diminuir preconceitos e suposições acerca do TDM.

Além disso, a pesquisa trata de um tema social relevante ao considerar o aumento de diagnósticos nos últimos anos e que o sujeito não é apenas fruto do seu meio, mas também produção desse; destacando assim a importância da participação ativa das pessoas diagnosticadas com TDM. Objetiva-se, assim, identificar com esse estudo como a experiência subjetiva dessas pessoas está relacionada ao processo de saúde e doença, para que se possa pensar a saúde mental não apenas como um processo interno e individualizado, mas também a partir de seu contexto, condições e coletividade. Apesar de ser amplamente estudado, o transtorno depressivo continua sendo abordado sob uma perspectiva biomédica restrita, com diagnósticos homogêneos e expressões sintomatológicas.

Desse modo, possibilita à academia e à sociedade estabelecer um necessário diálogo e uma discussão neuropsíquica com o ambiente, saúde mental e psicopatologia. Posto isso, os resultados deste estudo têm o potencial de destacar os desafios psicossociais que impactam diretamente esse grupo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Conceito de Transtorno Depressivo Maior

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014), da Associação Americana de Psiquiatria, caracteriza Transtorno Depressivo Maior (TDM) por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo mudanças de afeto, cognição, das funções neurovegetativas e remissões inter episódicas, necessitando manifestar mudanças significativas no funcionamento anterior do sujeito. É de extrema importância ressaltar, que ainda de acordo com Associação Americana de Psiquiatria (2014), é necessária uma atenção especial no que tange à diferenciação da tristeza e do luto normal em relação a um episódio depressivo maior, assim

O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. (American Psychiatric Association, 2014, p.157)

Ademais, o DSM-5 tem como critério diagnóstico para TDM a presença de cinco ou mais sintomas, sendo os principais; humor deprimido, perda de interesse ou prazer. Já os sintomas acessórios abrangem; sentimentos de tristeza profunda e persistente, acentuada diminuição do interesse ou prazer em atividades que antes eram prazerosas, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para se concentrar ou de tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio, e uma variedade de sintomas somáticos, tais quais: perda ou ganho de peso, redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor e fadiga ou perda de energia. (American Psychiatric Association, 2014, p.161)

Há diferenças significativas entre faixas etárias, sendo a prevalência três vezes maior em pessoas de 18 a 29 anos em comparação com pessoas acima de 60 anos. Além disso, mulheres apresentam índices de 1,5 a 3 vezes mais altos do que homens, ocorrendo no início da adolescência. (American Psychiatric Association, 2014, p.165). No que concerne à herdabilidade, estima-se que seja de 40%, com isso, familiares de primeiro grau de pessoas com TDM têm um risco de 2 a 4 vezes maior de desenvolver a doença (American Psychiatric Association, 2014, p.166).

Outrossim, o DSM-5 destaca pesquisas sobre o TDM em diferentes culturas, que mostraram variações de até sete vezes nas taxas de prevalência em 12 meses. Contudo, há consistência nas proporções entre homens e mulheres, na idade média de início e na comorbidade com abuso de substâncias. Embora existam diferenças culturais na expressão do transtorno, não há uma relação direta entre cultura e sintomas específicos. (American Psychiatric Association, 2014, p.167)

No tocante a questões diagnósticas relativas ao gênero, o DSM-5 apresentou que, apesar da maior prevalência de transtorno depressivo ser em mulheres, não há diferenças significativas entre os gêneros em termos de sintomas, curso, resposta ao tratamento ou impacto funcional. Com isso, mulheres apresentam maior risco de tentativas de suicídio, no entanto, fatores associados ao suicídio completo, incluem sexo masculino. (American Psychiatric Association, 2014, p.167)

É de extrema importância citar também a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial da Saúde, que apresenta algumas variações nos critérios diagnósticos em relação ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Assim sendo, adota uma abordagem e nomenclatura diferentes— como o Episódio Depressivo, que está dentro da categoria de Transtornos Depressivos, sob o código 6A70, correspondente ao Transtorno Depressivo Maior do DSM-5; no entanto, os principais sintomas são semelhantes.

A Classificação Internacional de Doenças 11ª Edição, reconhece Transtornos Depressivos como estados de humor deprimido, irritável ou vazio, com perda de prazer e sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que prejudicam significativamente o funcionamento do sujeito, com duração mínima de duas semanas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019) Embora compartilhem os principais sintomas com DSM-5, o CID-11 adota uma abordagem mais flexível e abrangente, destacando também a irritabilidade em adolescentes e crianças.

Desse modo, o CID-11 classifica os episódios de depressão em: leve, moderado e grave, com base na intensidade dos sintomas e no impacto funcional do sujeito. Por conseguinte, no episódio leve, a pessoa apresenta sintomas mínimos e ainda consegue funcionar com algumas dificuldades; no moderado, o impacto é maior, dificultando as atividades cotidianas; já no grave, há incapacidade significativa para realizar atividades diárias, com risco elevado de comportamento suicida; ademais o CID-11 detalha essas subdivisões em códigos específicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019)

Diante disso, apesar de o Relatório World Mental Health: Transforming Mental Health For All (2022) destacar as desigualdades sociais, econômicas e emergências em saúde pública como ameaças à saúde mental, e o diretor-geral reforçar a conexão entre

saúde mental, saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico, nota-se que como os manuais diagnósticos, tanto o DSM-5 quanto o CID-11, colocam o sujeito em uma perspectiva reducionista, homogeneizando-os e reduzindo-os a um diagnóstico categórico, reforçando a importância de abordagens neurobiológicas para seu entendimento e tratamento.

Assim, corroborando Vidal e Ortega (2011), que argumentam que a OMS atesta que as condições neurológicas são um vultuoso risco à saúde pública e continuam a utilizar o termo "saúde mental". Os autores citados ainda discorrem que habitualmente líderes do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos têm sustentado que os transtornos mentais devem ser entendidos e abordados como transtornos cerebrais. Dessa forma, o modelo biomédico está progressivamente moldando a maneira como entendemos a subjetividade humana, tendo um significativo impacto cultural, destacando a visão de que o cérebro é o principal elemento na definição da identidade e do comportamento humano, com abordagens categóricas e neurobiológicas para explicação de eventos humanos complexos.

4.2.Fisiopatologia do TDM, medicalização e cerebralização

No que concerne à fisiopatologia do TDM, pode estar associada a diversos fatores como: regulação de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina); predisposição genética, especialmente em pessoas com histórico familiar; alterações neurobiológicas no cérebro (hipocampo, amígdala e córtex pré-frontal); desequilíbrios hormonais, como altos níveis de cortisol e processos inflamatórios sistêmicos. É fundamental mencionar que Almada, Borges e Machado (2014) citando Lacerda *et al.* (2009), afirmam não ser possível definir a depressão como uma “entidade nosológica única”, o que reforça a importância de considerar sua heterogeneidade ao buscar qualquer estrutura biológica. Da mesma forma, Diniz *et al.* (2020) em referência a Sarris *et al.* (2014) ressaltam que a etiologia da depressão ainda deve ser mais profundamente estudada, uma vez que as únicas considerações, até o momento, são as de que a patologia é multifatorial.

De causas a efeitos, a desregulação de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina é comumente associada com a depressão, conhecida como Teoria Monoaminérgica. Assim, é indispensável esclarecer que Diniz *et al.* (2020), apoiado em Hall (2016), definem os neurotransmissores como compostos químicos responsáveis pela sinalização celular por meio de sinapses, regulando as atividades do sistema nervoso central e periférico para manter a homeostase. Por conseguinte, o desequilíbrio nesses mediadores pode prejudicar a comunicação entre as células nervosas, o que contribui para sintomas depressivos.

Ademais, segundo Elias *et al.* (2015) neurotransmissores como norepinefrina (NE), serotonina (5-HT), dopamina (DA) e acetilcolina (ach) influenciam na atividade psicomotora, apetite, sono e humor. Diante disso, a deficiência dessas aminas biogênicas, especialmente NE, 5-HT e DA, está relacionada à depressão. Vale ressaltar, que em congruência com Diniz *et al.* (2020), anuindo a Coutinho *et al.* (2015), afirmam que os neurotransmissores mais estudados são a norepinefrina (NE), mais conhecida como noradrenalina, e a 5-hidroxitriptamina (5-HT), conhecida como serotonina. Ou seja, a

teoria monoaminérgica propõe que o transtorno depressivo seja causado por níveis reduzidos dos presentes neurotransmissores.

No que se refere à predisposição genética, esta desempenha um papel significativo no desenvolvimento da depressão, visto que pessoas com histórico familiar de TDM apresentam maior probabilidade de desenvolvê-la, com uma herdabilidade estimada em 40% (American Psychiatric Association, 2014, p.166). Além disso, Diniz *et al.* (2020), subscrevendo Ferreira *et al.* (2016), afirmam que pessoas com doenças crônicas, como diabetes, artrite e câncer, apresentam índices de depressão mais elevados do que a população em geral. Os autores também destacam que a depressão pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, uma vez que afeta condições fisiológicas e hormonais do sujeito.

Outrossim, as mudanças estruturais e funcionais no cérebro também podem estar associadas às causas da depressão, ou seja, as alterações neurobiológicas no hipocampo, amígdala e córtex pré-frontal podem impactar o processamento emocional e a regulação do humor. Almada, Borges e Machado (2014) argumentam que existem duas principais moléculas de serotonina que se relacionam com a neurobiologia do humor: o receptor de serotonina 1a (5-HT 1a) e o receptor de serotonina 2a (5-HT 2a). Os autores também evidenciam que a depressão está ligada com à diminuição de 5-HT 1a em regiões prosencefálicas, bem como aos danos na neurotransmissão serotoninérgica no hipocampo, por conta da exposição frequente a estímulos estressores. Nesse ponto, Almada, Borges e Machado (2014) em consentimento com Shin, Rauch e Pittman (2006), alegam que o córtex pré-frontal medial é uma região cerebral considerada significativa no que cerne a implicação do transtorno de humor.

Por último, Almada, Borges e Machado (2014) ressaltam também o que eles chamam de patofisiologia do transtorno de humor, em que eles discorrem sobre as atuações dos lóbulos frontais e dos gânglios de base, sobre as lesões cerebrais adquiridas, com isso eles apresentam que:

"Investigações têm mostrado que condições neurológicas relacionadas com os gânglios de base (doença de Parkinson e Huntington) estão relacionadas com altos níveis de depressão. (MCDONALD; RICHARD; DELONG, 2003) De fato, os lobos frontais e os gânglios de base são de fato muito interconectados e prejudicados tendem a desencadear transtorno de humor, inclusive a depressão". (ALMADA; BORGES; MACHADO, 2014)

No que diz respeito a disfunções no sistema endócrino, têm-se desequilíbrios no cortisol (conhecido popularmente como hormônio do estresse), Almada, Borges e Machado (2014) argumentam que pode ser uma patogênese que contribui para recorrência de depressão. Os autores indicam que a serotonina somada com a noradrenalina e a dopamina modulam o comportamento direcionado, atuando diretamente em situações específicas de estresse. Ademais, Diniz *et al.* (2020), fazem menção a Ramos *et al.* (2019), que afirmam ser possível que a divergência entre a prevalência do transtorno entre homens e mulheres seja explicada pela diferença de funcionamento e ações do sistema hormonal, eles citam também Soares, Batista, Souza (2019), que discutem que, no processo de menopausa, existe desequilíbrio hormonal, caracterizado pela queda nos

níveis de progesterona e estrogênio, e esse desequilíbrio pode levar as mulheres a apresentarem quadros depressivos, por comprometer a concentração de NE e 5-HT.

Ademais, consonante com Neves (2015), desde 1950, tem sido observado a efetividade do tratamento farmacológico para a depressão, com a redução da morbidade e resolução de muitos casos em todo o mundo, com isso, o autor destaca que há melhorias na fisiopatologia da doença. Dessa forma, Neves ainda argumenta que os fármacos disponíveis no mercado são eficazes para todos os tipos de depressão, aliviando os sintomas, eliminando-os em alguns casos, e auxiliando na manutenção e prevenção de recaídas, independentemente do ambiente de tratamento. Todavia, Batista e Oliveira (2015) contesta que o crescente número de casos de depressão no mundo acompanha o aumento na comercialização de antidepressivos, em um processo de medicalização que envolve tanto uma maior prescrição por médicos quanto a disponibilidade de novas drogas e esse cenário contribui para consolidar a depressão como uma doença, justificando a uma classificação nosológica com fins de mercado. Ainda de acordo com Batista e Oliveira, anuindo Caponi (2010):

“Medicalização se trata de um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina que interfere na produção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. A autora completa dizendo que este não é um fato recente, pois, vem se construindo na sociedade há mais de dois séculos, durante os quais foi ganhando formas diversas, onde podemos notar que na medida em que a medicina se insere no tecido social, as práticas e os discursos se apropriam da racionalidade médica.” (BATISTA et al. 2015)

Nesse sentido, Batista e Oliveira (2015), aludem Caponi (2013), onde afirmam que, apesar da ausência de marcador biológico ou neurológico claro que possa elucidar a causa da depressão, o uso de antidepressivos segue em crescimento.

Dessa maneira, dados de 2024 do Conselho Federal de Farmácia indicam um aumento contínuo no consumo de psicofármacos no Brasil, com as vendas de antidepressivos e estabilizadores de humor crescendo 11% em 2023 em comparação com 2022, e um crescimento de 8% entre janeiro a maio de 2024, em relação ao período homólogo. Nessa perspectiva, Ferreira (2017), destaca o uso indiscriminado do benzodiazepínico, como o Rivotril, em que, hodiernamente, é utilizado por pessoas que não apresentam quadros graves de depressão, ansiedade ou transtornos de humor. Dessa forma, sentimentos e comportamentos que não são “adequados ao sistema”, como tristeza, insatisfação e a agressividade, estão sendo tratados com medicamentos, o que leva à medicalização, apresentando à sociedade produtos com soluções mágicas, que atuam como uma forma de reduzir o sofrimento psíquico.

Por esse ângulo, Batista e Oliveira (2015), mencionado Caponi (2010), argumentam que a medicalização se refere às características em que a vida cotidiana é apropriada pela medicina, moldando conceitos, costumes e comportamentos sociais. Desse modo, os autores argumentam que a inserção da medicina no tecido social resulta na apropriação da racionalidade médica por práticas e discursos. Posto isso, esse processo

transforma aspectos da vida ou questões biopsicossociais em problemas que demandam tratamento biomédico, tratando condições não patológicas como clínicas. Batista e Oliveira (2015) ainda destacam, que “para todos os males, existe um remédio, uma intervenção, uma técnica capaz de solucionar problemas que se traduzem por alterações somáticas”. Isto é, tensões oriundas de relações sociais, efeitos do cotidiano da vida moderna, passam a ser catalogadas como doenças pela intervenção médica e, portanto, passíveis de prescrição. Em suma, Batista e Oliveira (2015) referenciam Hernáez, que complementa que muitos usuários buscam nos antidepressivos uma forma de lidar com as incertezas da vida cotidiana, ou seja, a normalização da eficiência, do desempenho e das emoções positivas faz com que os problemas do dia a dia sejam medicados, buscando fundamentar o mal-estar do sujeito, encontrando no corpo uma causa que justifique o sintoma.

Nessa perspectiva, Ortega (2011) discorre acerca do que ele chama de “cerebralização” do sofrimento psicológico e “biologização” nosológica dos transtornos mentais, apontando que a depressão é um complexo cultural e biopolítico que afeta a noção de pessoa e identidade pessoal. Além disso, ele argumenta que ainda existem programas que utilizam o modelo biomédico visando reformar as classificações e competi-las mais universais e plenamente transculturais. À vista disso, esse modelo, centrado no cérebro o têm influenciado a forma como entendemos o sujeito e suas experiências, promovendo uma visão em que o cérebro é o centro da identidade e da subjetividade humana, e isso acaba por ignorar a complexidade dessa condição, ao reduzir a experiência humana a atividades cerebrais-biologizantes, desconsiderando aspectos fundamentais de subjetividade, cultura e história.

4.3.Saúde Mental e as Relações Psicossociais

À face do exposto, a saúde mental está intrinsecamente ligada às relações psicossociais, evidenciando uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos (como pensamentos, emoções e comportamentos) e sociais (como relações familiares, culturais, econômicas e comunitárias) em que o sujeito está inserido. Essas relações influenciam a maneira como as pessoas se percebem, se relacionam com os outros e se adaptam ao ambiente, no livro “Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia.”, de Freitas Campos *et al.* (2017) discutem que o ambiente social exerce influência determinante no comportamento individual, moldando tanto aspectos físicos (corporais) quanto psicológicos (psiquismo) do sujeito, afetando em como a pessoa se percebe, enxerga os outros e se relaciona com o mundo. Com isso, Batista e Oliveira (2015) fizeram uma entrevista com pacientes usuários de antidepressivos e como resultado foi obtido que:

“Esses apresentavam questões de conflito de ordem do trabalho, precarização de emprego, condições de trabalho e outras formas de violência institucional como o desemprego, o acesso à habitação, cuidado doméstico a familiares incapacitados (efeito este, mais sentido por mulheres), perda de redes sociais, pobreza, marginalização, como queixas mais frequentes de consumidores desses medicamentos. “O consumo massivo de antidepressivos pode ser vislumbrado como metáfora e metonímia de um mundo (dês) encantado.” (BATISTA et al. 2015)

Além disso, ao abordar saúde mental, é essencial entender como se constroem as percepções sobre o processo de saúde e doença. No estudo de Batista e Oliveira (2015), identificou-se que, dentre as pessoas com diagnóstico de depressão, apenas 16,4% fazem terapia e 46,4% receberam assistência médica, principalmente em consultórios particulares e unidades básicas de saúde. Entre os motivos para não procurar ajuda médica, 73,4% afirmaram não estar mais deprimidos, enquanto outros apontaram falta de ânimo, longas filas, dificuldades financeiras e incompatibilidade de horários. O autor também enfatiza que a medicina torna-se limitada e que fatores sociais e ambientais, como condições de trabalho, habitação, saneamento e educação, são determinantes fundamentais para a saúde, o que fortalece o que foi discutido ao longo dessa pesquisa. Assim sendo, apesar de semelhanças sintomáticas a experiência subjetiva do TDM é vivida de forma singular, com isso, cada pessoa passa por ele de uma maneira única:

“Pode-se dizer que as configurações subjetivas do processo depressivo são produções das pessoas e dos espaços sociais que as envolvem, o que possibilita visibilidade teórica de outro sistema ontológico humano, que não ignora a importância de aspectos orgânicos, mas que não se esgota no histórico, no discurso e tampouco no biológico.” (GOULART, 2013; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005; MORI, 2014)

Sob esse olhar, Oliveira *et al.* (2017) abordam o que denominam de “processo amplamente abordado nos trabalhos de Basaglia (1985), Canguilhem (2004) e Capra (1982)”, os quais discutem a influência do modelo biomédico nas práticas de saúde mental, em que a pessoa adoecida é frequentemente ignorada no processo de adoecimento; e esse modelo resulta em um reducionismo biológico e na patologização do sujeito. Seguindo nesse raciocínio, Oliveira *et al.* (2017) faz referência a Campos e Amaral (2007) e González Rey (2012), que apontam que, dessa forma, elementos culturais, sociais e históricos – mesmo sendo inseparáveis na construção do que se chama de processo de saúde, doença e na compreensão do ser humano, são negligenciados nas práticas de saúde. Por fim, Oliveira *et al.* (2017) recorre a Kleinman (1988) e Horwitz e Wakefield (2010), argumentam que abordagens exclusivamente fisiopatológicas tendem a adotar uma visão unidimensional de fenômenos humanos complexos, sem proporcionar saberes e práticas que considerem a totalidade da experiência subjetiva e singular do sofrimento psíquico.

5. HIPÓTESES DA PESQUISA

Desse modo, hipotetiza-se que o discurso da psiquiatria cerebral é extremamente dominante e que as concepções de causalidade biológica e social da depressão em pessoas diagnosticadas com TDM podem estar intrinsecamente ligadas à neurocultura. Embora a causa do transtorno depressivo seja múltipla e resultado de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, as pessoas frequentemente se veem influenciadas pelo modelo biomédico, que busca predominante eliminar os sintomas e

remediar doenças. Assim sendo, apesar da singularidade de cada sujeito, essa abordagem concentra-se quase que exclusivamente na fisiopatologia do transtorno, homogeneizando-o e reduzindo-o a um diagnóstico categórico, transformando subjetividades em identidades psiquiátricas.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1. Instrumentos de coleta de dados

Para identificar as concepções de causalidade biológica e social da depressão em pessoas diagnosticadas com o TDM, foi realizada a divulgação do card da pesquisa por meio de *Posts* e *Stories* no Instagram, *Stories* no WhatsApp e Emails com um *link* e um *QR code*, o qual dava acesso à pesquisa quantitativa, realizada de forma *Online*, onde foi aplicado um formulário sociodemográfico cuja finalidade foi obter o perfil da amostra e um formulário estruturado, o instrumento possui 20 itens, que variam de discordo totalmente a concordo totalmente e não contribuem à contribuem muito— via *google forms* (APÊNDICES B e C), com 20 perguntas sobre o tema, visando adquirir informações úteis para que se possa depreender a influência dessas variáveis na realidade dos participantes da pesquisa.

6.2. População e amostra

Para a realização do estudo foi aplicado um formulário a, no mínimo, 25 pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior esses deveriam ter acima de 18 anos, residir no município de Marabá, situado ao sudeste do estado do Pará, no Norte do Brasil, com isso, a amostra foi de conveniência, dentre aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

6.3. Critérios de inclusão e exclusão de participantes da pesquisa

Foi determinado que para participar do presente estudo, o (a) participante deveria ter idade maior de 18 anos, morar no município de Marabá, ser diagnosticado com transtorno depressivo maior, ter acesso à internet e concordasse em participar da pesquisa. Dessa forma foram excluídos, menores de 18 anos, não residentes do município de Marabá, não diagnosticados com transtorno depressivo maior, os que não tinham acesso a celular ou computador e rede de internet, e que não concordassem em participar da pesquisa.

6.4. Coleta de dados

A princípio, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (número do CAAE: 52187321.5.0000.0018). Tendo parecer aprovado, seguimos para a realização de uma pesquisa exploratória, na qual os instrumentos foram aplicados *Online*, por meio da plataforma *Google Formulários*, com abordagem quantitativa, formulário estruturado, realizado com o objetivo de se obter uma curva de saturação com o mínimo de 25 ao máximo de 50 participantes.

A coleta de dados deste estudo iniciou-se no dia 13 de janeiro de 2025 e terminou dia 21 de janeiro de 2025.

Por se tratar de coleta por meio virtual, os procedimentos obedeceram às orientações publicadas em 24 de fevereiro de 2021 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, conforme segue.

Não foram utilizadas listas de e-mails para convite à participação da pesquisa que permitissem a identificação dos convidados, nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc.) por terceiros. Desta forma, convites individuais enviados por e-mail só tiveram um remetente e um destinatário, ou foram enviados na forma de lista oculta.

No convite, foi esclarecido que a pesquisa se daria em ambiente virtual e que haveria um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para anuência, antes de responder às perguntas. Foi assegurado ao participante da pesquisa o direito de não responder a qualquer questão.

O questionário contendo as perguntas foi aplicado mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes da pesquisa, modelo apresentado no Apêndice A, destinado aos participantes da pesquisa que foi apresentado no início do formulário, convidando-os a participarem do estudo. Uma pergunta do questionário foi destinada ao aceite (ou não) para participar da pesquisa. Aqueles que não aceitaram participar, uma mensagem de agradecimento foi visualizada após a recusa e o formulário foi encerrado.

Foi esclarecido que o TCLE poderia ser acessado e baixado clicando no *Link* disponível na apresentação da pesquisa no formulário. Assim, o documento poderia ser guardado pelo participante da pesquisa, sem precisar se identificar, e a pesquisadora não teria acesso aos dados pessoais do participante da pesquisa. Na apresentação da pesquisa, o participante foi encorajado a guardar o arquivo do TCLE da pesquisa.

Na mensagem de apresentação da pesquisa, foi informado que os resultados seriam analisados conjuntamente, de modo que não haveria divulgação das respostas individuais e os questionários não seriam identificados. Por tratar-se de pesquisa sem identificação do participante, foi assegurado a impossibilidade de exclusão dos dados da pesquisa após o envio do formulário preenchido.

Dessa forma, o tempo para a leitura do TCLE e preenchimento do questionário foi de aproximadamente 10 minutos.

6.5. Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do formulário foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) e agrupados em categorias primárias, secundárias e terciárias. A partir do repertório bibliográfico previamente selecionado, foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos acerca das concepções de causalidade biológica e social, relacionando-os com conteúdos já existentes na literatura, identificando assim, como habitantes do Sudeste paraense, diagnosticados com depressão vivenciam o transtorno e qual a representação que essas pessoas têm da perspectiva fisiológica e psicossocial.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1.Dados sociodemográficos

Tabela 1: Variáveis demográficas (n= 27).

Diagnóstico	Nº	%
Transtorno depressivo episódio único	3	7,1%
Transtorno depressivo recorrente	6	14,3%
Transtorno misto de depressão e ansiedade	13	31%
Outro transtorno depressivo	5	11,9%
Escolaridade	Nº	%
Ensino médio completo	4	14,8%
Ensino técnico completo	1	3,7%
Superior incompleto	10	37%
Superior completo	12	44,4%
Tem filhos?	Nº	%
Sim	5	18,5%
Não	22	81,5%
Cor	Nº	%
Branco	9	33,3%
Pardo	17	63%
Preto	1	3,7%
Estado Civil	Nº	%
Solteiro	16	59,3%
Casado ou União Estável	8	29,6%
Separado	2	7,4%
Outro	1	3,7%
Situação atual de trabalho	Nº	%
Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada	2	7,4%
Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada	6	22,2%
Funcionário Público	8	29,6%
Trabalha por conta própria ou autônoma	1	3,7%
Desempregado	7	25,9%
Outro	3	11,1%
Tempo que você leva da sua casa até o local de trabalho	Nº	%
Até 1 hora	20	83,3%
Entre 1 e 2 horas	3	12,5%
Entre 3 e 4 horas	1	4,2%
Renda da família (soma dos salários de todos os membros/pessoas)	Nº	%
Menos de um salário mínimo (R\$1.412,00)	2	7,4%
Um salário mínimo (R\$1.412,00)	1	3,7%
De 1 salário até 2 salários (R\$ 1412,00 a R\$ 2824,00)	10	37%
De 2 salários até 3 salários (R\$ 2824,00 a R\$ 4236,00)	3	11,1%
De 3 salários até 5 salários (R\$ 4236,00 a R\$ 7060,00)	3	11,1%
Acima de 5 salários (R\$ 7060,00 ou mais)	8	29,6%

Horas por dia costuma trabalhar	Nº	%
Não trabalho	5	19,2%
4 horas por dia	2	7,7%
6 horas por dia	5	19,2%
8 horas por dia	7	26,9%
Mais de 8 horas por dia	6	23,1%
Trabalho só de vez em quando	1	3,8%

Fonte: Resultados da pesquisa

A pesquisa em questão recebeu um total de 56 respostas, porém foram descartados os participantes que não cumpriram os critérios estabelecidos: 14 pessoas que não residiam em Marabá e 15 que não tinham diagnóstico de depressão. Assim, a amostra final ficou composta por 27 participantes válidos, conforme expresso na tabela 1. Desse total, 7,1% relataram ter um diagnóstico de transtorno depressivo, episódio único; 14,3% com transtorno depressivo recorrente; 31% apresentaram transtorno misto de depressão e ansiedade (a maioria); e 11,9% indicaram ter algum tipo de transtorno depressivo, mas sem saber o nome exato. Além disso, a maioria dos respondentes era do gênero feminino cis (85,2%), enquanto 14,8% eram do gênero masculino cis. A média de idade foi de 30,5 anos, variando entre 19 e 55 anos, com as idades mais comuns sendo 24 e 25 anos (14,8%). A maioria (81,5%) não tinha filhos; 59,3% estavam solteiros; no que diz respeito à escolaridade, 44,4% possuíam ensino superior completo; 63% se identificavam como pardos; entre eles, 29,6% eram funcionários públicos e 25,9% estavam desempregados. Maioria da amostra, 37%, tinha uma renda familiar entre 1 e 2 salários (R\$ 1.412,00 a R\$ 2.824,00); em relação à carga horária de trabalho, 26% costumam trabalhar 8 horas diárias, e 83,3% levam até 1 hora para se deslocar de casa até o trabalho.

7.2.Influência fisiológica no TDM

Tabela 2: maioria dos fatores obtidos neste estudo

Contribuição dos fatores de vulnerabilidade biológica para a causa da depressão	Nº	%
Pré-disposição	8	29,6%
Alterações no cérebro	13	50%
Desequilíbrios hormonais	12	46,2%
O cérebro de uma pessoa depressiva é diferente do cérebro de uma pessoa que não tem o transtorno	13	50%
O transtorno depressivo maior pode ser curado apenas com o uso de medicação	20	74,1%
A medicação tem sido utilizada para que as pessoas consigam lidar com aspectos da vida cotidiana ou questões pessoais	18	66,7%

Fonte: Resultados da pesquisa

No que tange à contribuição dos fatores de vulnerabilidade biológica para o desenvolvimento da depressão, na amostra analisada, a maior parte dos participantes (29,6%) indicou que a predisposição genética exerce uma influência significativa. Além disso, 50% dos entrevistados mencionaram que as mudanças no cérebro também têm um

impacto considerável. Por fim, 46,2% afirmaram que os desequilíbrios hormonais são um fator relevante na origem da depressão.

Entre os participantes, 50% concordam integralmente que o cérebro de uma pessoa com depressão difere do cérebro de alguém sem o transtorno. Ademais, 74,1% rejeitam totalmente a ideia de que o transtorno depressivo maior pode ser tratado exclusivamente com medicação. No entanto, 66,7% afirmaram concordar parcialmente que a medicação tem sido utilizada como um recurso para ajudar as pessoas a enfrentar desafios do cotidiano ou questões pessoais.

A luz do exposto, foi possível identificar que a percepção das pessoas diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior sobre seu quadro clínico está intrinsecamente ligada a fatores fisiopatológicos, como predisposição genética e desequilíbrios hormonais, sendo que a maioria também os identifica como fatores relevantes. Porém, o que chamou atenção foram os resultados sobre alterações cerebrais, em que 50% dos respondentes reconhecem que o cérebro de quem tem TDM é diferente do cérebro de quem não o tem, entrando em consonância com o achado de Ortega (2011) que destaca como o enfoque centrado no cérebro tem transformado a compreensão do ser humano e de suas vivências, fazendo com que o cérebro seja visto como o núcleo da identidade e da subjetividade.

Assim, embora 74% dos entrevistados tenha discordado totalmente que o TDM não pode ser tratado apenas com medicação, 67,7% concordaram parcialmente que ela tem sido utilizada para que as pessoas consigam lidar com os desafios do dia-a-dia. Dessa forma, a medicalização da vida cotidiana tem associado questões sociais e emocionais como problemas clínicos passíveis de tratamento. De modo que, forma-se a percepção de que condições não patológicas podem ser tratadas como se fossem doenças clínicas, essa dinâmica reforça a crença de que sempre há intervenções médicas para o sofrimento, impactando atitudes e comportamentos sociais. Os resultados corroboram o achado de Batista e Oliveira (2015), citando Caponi (2010), que discutem a medicalização da vida diária, onde a prática médica impacta conceitos e comportamentos sociais.

7.3.Influência psicossocial no TDM

Tabela 3: maioria dos fatores obtidos neste estudo

Fatores Psicossociais	Nº	%
Cuidados com a saúde mental promovidos pelo governo são suficientes ou adequados	16	59%
Desigualdades econômicas e sociais podem ser uma das influências da causa da depressão	14	52%
Saúde mental se separa da saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico	24	89%
Cuidar da saúde mental é um artigo de luxo	10	37%
Necessário ampliar o atendimento na rede pública para que mais pessoas tenham acesso	26	96%
Pessoas diagnosticadas com depressão recebem os devidos cuidados de saúde mental	16	59%

Fatores contribuem para o desencadear ou agravar o quadro de transtorno depressivo maior

	Nº	%
Falta de acesso à alimentação	12	44%
Falta de acesso à moradia	15	56%
Falta de acesso à saneamento básico	10	37%
Precarização do trabalho	16	59%
Falta de acesso à renda	13	48%
Falta de acesso à educação	12	44%
As pessoas mais pobres são mais propensas a desenvolverem a depressão	8	30%
Falta de recursos financeiros influencia no desenvolvimento da depressão	15	56%
As pessoas mais pobres recebem os serviços adequados	19	73%
A cultura influencia na forma como eu percebo o transtorno	12	44%
Essa influência vem do modelo de vida contemporâneo	10	37%
Por questões sociais as mulheres são mais suscetíveis a desenvolver o transtorno depressivo do que homens	9	35%
Padrões sociais são potencializadores da depressão	18	69%
Existem padrões sociais de como ser uma mulher ou um homem normal, perfeito, saudável, produtivo, equilibrado e feliz	10	37%
O estigma com a saúde mental é um problema para que se consiga buscar ajuda	15	58%

Fonte: Resultados da pesquisa

Conforme os dados obtidos, 59,3% das pessoas expressam total desacordo com a afirmação de que os cuidados à saúde mental disponibilizados pelo governo são suficientes ou adequados. Adicionalmente, 51,952% afirmam que as desigualdades econômicas e sociais podem contribuir para o surgimento da depressão. Dessa maneira, 88.989% rejeitam a ideia de que a saúde mental é algo independente da saúde pública, dos direitos humanos e do desenvolvimento socioeconômico. Os dados também revelam que 37% da amostra consideram o cuidado com a saúde mental um privilégio. A grande maioria (96,3%) acredita ser imprescindível ampliar o atendimento na rede pública para assegurar que mais pessoas tenham acesso a esses serviços. Essa necessidade se torna ainda mais clara ao notar que 59,3% dos entrevistados discordam que os sujeitos com depressão recebam os cuidados adequados em saúde mental, sublinhando a urgência de melhorias no acesso e na qualidade dos serviços disponíveis.

À vista dos dados, é possível identificar que, ao abordar saúde mental, é fundamental entender como se constroem as percepções sobre o processo de saúde e doença do sujeito, visto que esse não é apenas um fruto do meio, mas uma construção desse. Dessa forma, 59% das pessoas expressam total desacordo com a afirmação de que os cuidados à saúde mental disponibilizados pelo governo são suficientes ou adequados, e a maioria dos sujeitos reconhece que as desigualdades econômicas e sociais também podem contribuir para o surgimento da depressão, reforçando que saúde mental não é independente da saúde pública, dos direitos humanos e do desenvolvimento socioeconômico, legitimando a fala diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus: “os vínculos são indissolúveis entre saúde mental e saúde pública, direitos

humanos e desenvolvimento socioeconômico”. Dessa forma, 59,3% das pessoas expressam total desacordo com a afirmação de que os cuidados à saúde mental disponibilizados pelo governo são suficientes ou adequados, e a maioria dos sujeitos reconhece que as desigualdades econômicas e sociais também podem contribuir para o surgimento da depressão, reforçando que saúde mental não é independente da saúde pública, dos direitos humanos e do desenvolvimento socioeconômico, legitimando a fala diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus: “os vínculos são indissolúveis entre saúde mental e saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico”. De igual maneira, a grande maioria considera os cuidados com a saúde mental um privilégio, onde 96% dos sujeitos afirmam a necessidade de ampliar o atendimento na rede pública, ressaltando assim o relatório de 2022 da OMS que comunicou que as necessidades de cuidado para com a saúde mental são altas, mas as respostas são insuficientes ou inadequadas. De igual maneira, a grande maioria considera os cuidados com a saúde mental um privilégio, onde 96,3% dos sujeitos afirmam a necessidade de ampliar o atendimento na rede pública, ressaltando assim o relatório de 2022 da OMS que comunicou que as necessidades de cuidado para com a saúde mental são altas, mas as respostas são insuficientes ou inadequadas.

A respeito dos fatores que podem levar ao desenvolvimento ou ao agravamento do transtorno depressivo maior, os dados da amostra revelam que a maioria (44,4%) dos participantes apontou que a falta de acesso à alimentação é um fator significativo. Do mesmo modo, a maioria (55,656%) identificou a carência de moradia como um forte contribuinte para a condição. Com relação ao saneamento básico, uma proporção equivalente de 37% indicou que a ausência de acesso a esse serviço afeta consideravelmente o quadro do TDM. Ainda, 59,3% dos respondentes citaram a precarização do trabalho como um fator que impacta significativamente; outros 48,1% mencionaram que a falta de acesso à renda exerce uma influência considerável no agravamento do transtorno e, 44,4% dos participantes também relataram que a falta de educação é um elemento relevante para a piora da condição.

Ainda de acordo com a amostra, a maioria (29,630%) acreditam plenamente que sujeitos em situação de pobreza têm maior tendência a desenvolver depressão; além disso, 55,656% da amostra concorda plenamente que a escassez de recursos financeiros tem impacto significativo no surgimento do transtorno, assim, 73,1% dos entrevistados discordam completamente da afirmação de que pessoas mais pobres têm acesso a serviços adequados.

Dessa forma, as percepções dos sujeitos reforçam as necessidades já apontadas pela própria OMS e os achados de Volnei Costa (2023), da Abrata, que argumenta que a influência da elevada carga de impostos, aliada a uma remuneração média insatisfatória, impõe um peso considerável à população. Isso faz com que as pessoas precisem esforçar-se consideravelmente para obter acesso a serviços básicos de qualidade, os quais não são disponibilizados adequadamente pelo governo. Essa situação resulta em uma sobrecarga na saúde mental, desencadeando transtornos mentais, como a depressão.

No que diz respeito à amostra, uma fatia significativa (44,4%) expressa concordância parcial em relação ao papel da cultura na percepção do transtorno pelo sujeito, além disso, 37% da amostra também concorda parcialmente que essa influência

está relacionada ao estilo de vida contemporâneo. Ademais, 34,635% dos participantes manifestam concordância parcial ao afirmar que, devido a fatores sociais, as mulheres têm maior propensão a desenvolver o transtorno depressivo em comparação com os homens. Os dados obtidos conciliam com os achados de Helman (2009), sobre a influência do contexto cultural na forma como as pessoas entendem a saúde, a enfermidade e até o funcionamento do corpo.

Sobre a interferência do modelo de vida contemporâneo, Andrade e Laginá de Andrade (2005, *apud* Souza *et al.*, 2015) falam que “o modo de vida atual possibilita a criação de ambientes estressantes, em razão da dificuldade de adaptação rápida e suficiente às tensões diárias; o que impacta diretamente o comportamento humano e sua forma de viver”. Dessa forma 37% da amostra concordam parcialmente que a influência cultural vem do estilo de vida contemporâneo, em relação ao gênero também, visto que 34,635% manifestam concordância parcial ao afirmar que, devido a fatores sociais, as mulheres têm uma maior propensão a desenvolver o transtorno depressivo em comparação com os homens, evidenciando que elementos culturais, sociais e históricos são inseparáveis na construção do que se chama de processo de saúde, doença e na compreensão do ser humano.

Na amostra analisada, uma grande parte (37%) afirma estar totalmente de acordo com a ideia de que existem normas sociais que definem como deve ser uma mulher ou um homem ideal, perfeito, saudável, produtivo, equilibrado e feliz; além disso, a maioria (69,2%) concorda integralmente que esses padrões sociais contribuem para o aumento da depressão, assim, 57,758% da amostra também expressam total concordância de que o estigma em relação à saúde mental representa um obstáculo para a busca de ajuda.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar quais as concepções biológica e social que as pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior têm sobre tema, quais são as representações que essas pessoas têm de seu quadro clínico e como os aspectos sociais e culturais que podem construir a experiência subjetiva que o sujeito apresenta frente o adoecimento. Por haver poucos estudos acerca dessa temática na literatura científica, faz-se necessário investigar o tema, visto que, apesar de o transtorno ser amplamente estudado, ele ainda é abordado sob uma perspectiva biomédica restrita, com diagnósticos homogêneos e expressões sintomatológicas padronizadas.

Posto isso, os resultados deste estudo destacam os desafios psicossociais, tais como a insuficiência dos cuidados de saúde mental oferecidos pelo Estado, as desigualdades econômicas e sociais, etc., que impactam diretamente esse grupo. Desse modo, é possível identificar que a experiência subjetiva se relaciona ao processo de saúde e doença, para além da fisiopatologia do TDM, mas também a partir do contexto, condições e coletividade em que o sujeito está inserido. Pois, sabe-se que os sujeitos diagnosticados com depressão sofrem diariamente com a precarização de serviços essenciais assegurados pela Lei 8.080.

A partir dos resultados do estudo, constatou-se, que os sujeitos também têm conhecimento da influência multifatorial da causalidade do TDM, sendo esse resultado de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos; o que corrobora também para a promoção de novas ações para com a demanda dessa população. De forma que foi possível confirmar a hipótese inicial da pesquisa: influência da neurocultura, ou seja, uma tendência a entender a fisiologia do cérebro de quem tem TDM como diferente, estreitos a sintomatologia do transtorno.

Como limitações do estudo, aponta-se o tamanho reduzido da amostra, visto que 27 participantes representam um número baixo para a análise dos construtos. Além disso, foi identificado também uma dificuldade de participação, possivelmente pelo estigma para com a saúde mental e a carência de estudos que pesquisem simultaneamente a percepção de causalidade biológica e social do sujeito adoecido para embasamento teórico.

Considerando os resultados obtidos e as limitações do estudo, sugere-se que futuras pesquisas ampliem significativamente o número de participantes, buscando um público mais heterogêneo como forma de enriquecer o entendimento sobre o fenômeno e suas influências.

REFERÊNCIAS

ALMADA, Leonardo Ferreira; BORGES, Marllon Fernandes; MACHADO, Sergio Eduardo Carvalho. Considerações neurobiológicas sobre a depressão maior-um histórico neurocientífico. Encontro: Revista de Psicologia, v. 17, n. 26, p. 111-124, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BATISTA, Jefferson Isaac; DE OLIVEIRA, Alessandro. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. Corpoconsciência, p. 1-10, 2015.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/como/noticias/202/s/na-américa-latina-brasil-e-o-pais-com-ma-prevalência-de-depressão>. Acesso em maio de 2024.

COMUNICAÇÃO CFF. Venda de antidepressivos e estabilizadores do humor aumentou 11% entre 2022 e 2023. É o que aponta levantamento do Conselho Federal de Farmácia com dados da consultoria IQVIA. Dados revelam tendência de queda para 2024. 11 jul. 2024. Disponível em: CFF - Notícia. Acesso em: 20/09/2024.

DE FREITAS CAMPOS, Regina Helena. Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia. Editora Vozes Limitada, 2017.

DE SOUZA, Rayanne Gois et al. A RELEVÂNCIA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-unit-sergipe, v. 3, n. 1, p. 37-57, 2015.

DINIZ, Julia Pickina et al. Ação dos Neurotransmissores Envolvidos na Depressão. Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde, v. 24, n. 4, p. 437-443, 2020.

DOS SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. 2012.

ELIAS R. et al. ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO RELACIONADO AO GÊNERO FEMININO. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, [S. l.], v. 19 (1), n. 1, p. 49-57, 2015.

FERREIRA, Mayara Souza. Medicalização da vida. Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985, v. 5, n. 10, p. 26-34, 2017.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MANCINI M, ESPOSITO CM, ESTRADÉ A, ROSFORT R, FUSAR-POLI P, STANGHELLINI G. Major Depression as a Disorder of the Narrative Self: A Qualitative Study. Psychopathology. Published online May 22, 2024. doi:10.1159/000538942.

NEVES, António Luís Alexandre. Tratamento farmacológico da depressão. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa (Portugal).

OLIVEIRA, Andressa Martins do Carmo de; GOULART, Daniel Magalhães; REY, Fernando Luís González. Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica. Fractal: Revista de psicologia, v. 29, n. 3, p. 252-261, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (11. ed.). Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 19/09/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a Saúde Mental para Todos. Genebra (2022). <https://iris.quem.int/manipular//10665/356>. Acesso em maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Depressão. <https://www.paho.org/pt/tópicos/depressão>. Acesso em maio de 2024.

Portal G1. 06 de novembro de 2023. Disponível em: <https://g1.globo.co/saúde/notícia/2023/11/06/por-que-o-br-tem-a-p-mais-depre-da--americano-latina.luta>.

VIDAL, Fernando; ORTEGA, Francisco. Somos nosso cérebro? Neurociências, subjetividade, cultura. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior”**, que tem como pesquisadora responsável Victoria Beatriz de Souza da Silva, orientada pelo Professor Dr. Caio Maximino de Oliveira.

Esta pesquisa pretende analisar como as pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior vivenciam o transtorno depressivo e qual a representação que essas têm do mesmo, da perspectiva fisiológica e biopsicossocial.

Caso você decida participar, você deverá responder um questionário sociodemográfico e uma entrevista estruturada em ambiente virtual, com frases para identificar demandas acerca do tema da pesquisa e fornecer dados sociodemográficos. Você poderá visualizar os tópicos da pesquisa antes de assinalar no formulário eletrônico, se aceitar participar, você terá acesso às questões após o aceite. A anuência do participante se dará quando responder ao questionário. Será assegurado o seu direito de não responder a qualquer questão.

Durante a realização você precisará ler frases e avaliar qual a representação dessas na sua vida. A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido em um exame psicológico de rotina.

Pode acontecer um incômodo que inclua desconforto, estresse e cansaço e riscos inerentes a qualquer acesso à internet ao responder às perguntas, que será minimizado respondendo em local reservado, com liberdade, além de responder com tempo adequado. Além disso, você não é obrigado/a responder a qualquer pergunta que não se sinta confortável. Assegura-se que as informações não fornecidas pelos participantes (por exemplo, endereço de I.P.) não serão acessadas pela pesquisadora. O estudo será suspenso imediatamente caso se perceba algum risco ou dano à sua saúde não previsto neste termo de consentimento. O estudo terá como benefício a possibilidade de os resultados identificarem demandas voltadas às políticas públicas, pois existe a possibilidade de os resultados indicarem a necessidade de inovação de práticas no processo de saúde e doença. Note, portanto, que não há garantia de benefício *direto* para você, já que a pesquisa não envolve remuneração ou bonificação de qualquer tipo, seguindo o determinado nas Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/2016.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade de publicação em congressos e/ou publicações científicas. Em nenhuma hipótese você será identificado/a na apresentação desses dados, e sempre utilizaremos códigos ou pseudônimos quando nos referirmos a alguma resposta produzida no decorrer da pesquisa. Os dados que você nos fornecerá serão confidenciais e não serão divulgados. Os dados serão guardados pelos pesquisadores responsáveis em local seguro, isolado, de acesso remoto pela internet, e por um período de 5 anos.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a solicitar indicações de pontos de atendimento à saúde mental em sua região.

Não haverá nenhum gasto por parte do participante da pesquisa como consultas médicas, exames ou quaisquer outros procedimentos terapêuticos, nem com o uso da plataforma virtual para responder ao questionário.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas entrando em contato com o orientador Caio Maximino de Oliveira, pelo e-mail cmaximino@unifesspa.edu.br.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Porém, após o envio do formulário, não será possível a retirada porque não é possível identificar as respostas por participante uma vez que não são identificados.

Este documento foi elaborado e disponibilizado aos participantes da pesquisa. O encorajo a guardar uma cópia deste arquivo com você. Caso queira ter acesso às informações desta pesquisa – você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos e-mails: cmaximino@unifesspa.edu.br ou victoria.beatriz@unifesspa.edu.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA)** - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13, 2º andar - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. E-mail: cepccs@ufpa.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisadora responsável pelo estudo **“Concepções de Causalidade Biológica e Social da Depressão em Pessoas Diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringe as normas federais de ética, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

Gênero: ☐ Masculino cis, ☐ Feminino cis, ☐ Masculino trans, ☐ Feminino trans, ☐ Pessoa não-binária, ☐ Prefiro não declarar.
Idade (em anos completos): _____ anos de idade
Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não
Estado Civil: ☐ Solteiro, ☐ Casado ou União Estável, ☐ Separado, ☐ Viúvo, ☐ Outro.
Escolaridade: ☐ sem estudo, ☐ ensino fundamental incompleto, ☐ ensino fundamental completo, ☐ ensino médio incompleto, ☐ ensino médio completo, ☐ ensino técnico incompleto, ☐ ensino técnico completo, ☐ superior incompleto, ☐ superior completo.
Diagnóstico: ☐ Transtorno depressivo, episódio único, ☐ Transtorno depressivo recorrente, ☐ Transtorno distímico, ☐ Transtorno misto de depressão e ansiedade, ☐ Outro transtorno depressivo (marque essa opção também se tiver recebido algum diagnóstico de depressão, mas não sabe qual é o nome exato), ☐ Não recebi diagnóstico de depressão
Cor: ☐ Branco ☐ Pardo ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Indígena ☐ Quilombola ☐ Outro
Qual é sua situação atual de trabalho? ☐ Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada, ☐ Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada, ☐ Funcionário Público, ☐ Trabalha por conta própria ou autônoma, ☐ Aposentado, ☐ Desempregado, ☐ Outro.
Qual a renda de sua família (soma dos salários de todos os membros/pessoas)? ☐ menos de um salário mínimo (R\$1.412,00), ☐ um salário mínimo (R\$1.412,00), ☐ de 1 salário até 2 salários (R\$ 1412,00 a R\$ 2824,00), ☐ de 2 salários até 3 salários (R\$ 2824,00 a R\$ 4236,00), ☐ de 3 salários até 5 salários (R\$ 4236,00 a R\$ 7060,00), ☐ acima de 5 salários (R\$ 7060,00 ou mais).
Quantas horas por dia você costuma trabalhar? ☐ não trabalho, ☐ 4 horas por dia, ☐ 6 horas por dia, ☐ 8 horas por dia, ☐ Mais de 8 horas por dia, ☐ Trabalho só de vez em quando.
Quanto tempo você leva da sua casa até o local de trabalho? ☐ até 1 hora, ☐ entre 1 e 2 horas, ☐ entre 2 e 3 horas, ☐ entre 3 e 4 horas, ☐ mais de 4 horas.

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista estruturada

Instrução: Por favor, utilize a escala abaixo para apontar o quanto você discorda ou concorda/ se contribuem ou não com as situações descritas.

Eu acho que os cuidados com a saúde mental promovidos pelo governo são suficientes ou adequados. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que as desigualdades econômicas e sociais podem ser uma das influências da causa da depressão? () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que saúde mental se separa da saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico? () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
O quanto você acha que os seguintes fatores contribuem para o desencadear ou agravar o quadro de transtorno depressivo maior (TDM)? Falta de acesso à alimentação () Não contribuem () Contribuem pouco () Contribuem moderadamente () Contribuem bastante () Contribuem muito Falta de acesso à moradia () Não contribuem () Contribuem pouco () Contribuem moderadamente () Contribuem bastante () Contribuem muito

Falta de acesso a saneamento básico ☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito Precarização do trabalho ☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito Renda ☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito Educação ☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito
Eu acho que as pessoas mais pobres são mais propensas a desenvolverem a depressão. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
Eu acho que a falta de recursos financeiros influencia no desenvolvimento da depressão. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
Eu acho que as pessoas mais pobres recebem os serviços adequados. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
Eu acho que pessoas diagnosticadas com depressão recebem os devidos cuidados de saúde mental? ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
Eu acho que a cultura influencia na forma como eu percebo o transtorno. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente

Eu acho que essa influência vem do modelo de vida contemporâneo. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que por questões sociais as mulheres são mais suscetíveis a desenvolver o transtorno depressivo do que homens. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que existem padrões sociais de como ser uma mulher ou um homem normal, perfeito, saudável, produtivo, equilibrado e feliz. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que esses padrões sociais são potencializadores da depressão. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que o estigma com a saúde mental é um problema para que se consiga buscar ajuda. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que cuidar da saúde mental é um artigo de luxo. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
Eu acho que é necessário ampliar o atendimento na rede pública para que mais pessoas tenham acesso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo nem discordo ()) Concordo parcialmente () Concordo totalmente

O quanto você acha que fatores de vulnerabilidade biológica contribuem para a causa da depressão?

Pré-disposição genética

☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito

Alterações no cérebro

☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito

Desequilíbrios hormonais

☐ Não contribuem ☐ Contribuem pouco ☐ Contribuem moderadamente ☐ Contribuem bastante ☐ Contribuem muito

Eu acho que o cérebro de uma pessoa depressiva é diferente do cérebro de uma pessoa que não tem o transtorno.

☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente

Eu acho que o transtorno depressivo maior pode ser curado apenas com o uso de medicação.

☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente

Eu acho que a medicação tem sido utilizada para que as pessoas consigam lidar com aspectos da vida cotidiana ou questões pessoais.

☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente